



**MONTE  
DEI PASCHI  
DI SIENA**  
BANCA DAL 1472

**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto, nel seguito indicato come 'CONTRAENTE', propone ad AXA MPS FINANCIAL DAC, con sede a Dublino (Irlanda), la stipula di una polizza di assicurazione sulla vita denominata **Progetto Protetto New - America** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **PP13 America**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF PP13 - 09/2019 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i seguenti elementi necessari per la stipula del contratto:

**Contraente:** \_\_\_\_\_  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
 Est. Documento: \_\_\_\_\_ Ril. il: \_\_\_\_\_ Da: Comune \_\_\_\_\_  
 Cod. Prof: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email: \_\_\_\_\_  Desidero ricevere comunicazioni in formato elettronico  
 Numero di Cellulare: \_\_\_\_\_  Desidera informazioni polizza per telefono  
 \*La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nel fascicolo informativo o contattando il Contact Cente AXA MPS Financial

**Assicurando:** \_\_\_\_\_  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.**

**Beneficiari caso morte:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso morte**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.**

**Referente terzo:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_  
 Recapito: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_  
 PREMIO UNICO (Euro) \_\_\_\_\_ CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
 DECORRENZA POLIZZA\* \_\_\_\_\_  
 In \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE (Titolare del Conto) \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO (se diverso dal Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.) \_\_\_\_\_

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza la Compagnia ad addebitare il premio di Euro \_\_\_\_\_ su IBAN \_\_\_\_\_ SWITCH/BIC \_\_\_\_\_ Int. a: \_\_\_\_\_

Il debitore ha il diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto

Si dà mandato alla \_\_\_\_\_, che qui sottoscrive per accettazione, di incassare i pagamenti dovuti da Axa Mps Financial DAC.  
 La filiale \_\_\_\_\_ Firma Contraente \_\_\_\_\_  
 (titolare del conto)  
 Firma Altri cointestatari del conto \_\_\_\_\_  
 (in caso di conto e firma congiunta)

\*ATTENZIONE: Il contratto è concluso alle ore 24:00 del Lunedì della settimana successiva alla sottoscrizione del Modulo di proposta sempreché, entro il suddetto termine, il Premio Unico sia stato pagato e che l'Impresa di assicurazione non abbia comunicato per iscritto al Contraente il rifiuto della proposta ovvero il Contraente non abbia revocato la proposta.

ATTENZIONE: Leggere la sezione "MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO" per ulteriori chiarimenti)

**Dichiaro di essere pienamente consapevole che il Fondo Interno mira al raggiungimento di un Obiettivo di Protezione del Valore Unitario di Quota tramite il conseguimento di un Valore Unitario di Quota a scadenza almeno pari al 90% di quello registrato alla Data di istituzione dal Fondo Interno. Il proponente dichiara di aver compreso che l'Impresa di Assicurazione non offre alcuna garanzia finanziaria di rimborso del Capitale Investito a scadenza, di corresponsione di un rendimento minimo e di conseguimento dell'Obiettivo di Protezione a causa dei rischi connessi alle tipologie di strumenti finanziari a cui il Fondo Interno è esposto, direttamente o indirettamente.**

**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

**Dichiaro di aver ricevuto il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta standard.**

**Dichiaro inoltre di aver ricevuto, in tempo utile prima di essere vincolato dalla sottoscrizione della proposta, il documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo al prodotto.**

**Dichiaro di aver letto e compreso le caratteristiche del contratto come descritte nella documentazione Pre-contrattuale e Contrattuale e sono consapevole che la Polizza d'Assicurazione oggetto della presente proposta non risulta garantita dall'Impresa di Assicurazione; pertanto vi è la possibilità di ottenere, al momento del rimborso per riscatto e/o a scadenza, un ammontare inferiore al premio versato.**

**Dichiaro altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o eventuali reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE (VEDI RETRO PAGINA)**

**Ai Contraenti di polizza l'OCSE richiede di rilasciare una propria dichiarazione di residenza fiscale al fine di trasmettere i relativi dati alle Autorità nazionali. Gli Agenti del fisco irlandese, richiedono di integrare la detta certificazione con una dichiarazione di non residenza fiscale in Irlanda affinché i contraenti ricevano i pagamenti richiesti senza deduzioni fiscali per le imposte irlandesi.**

Dichiaro / Dichiariamo che:  
 • Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella nota denominata «Definizioni di Residenza» (vedi retro pagina);  
 • Sono / siamo / la Società è\* titolare della polizza nel rispetto della quale viene effettuata tale dichiarazione.  
 • Sono / siamo / residenti fiscali in \_\_\_\_\_ e che il mio/nostro numero di identificazione fiscale è \_\_\_\_\_  
 • Non Sono / siamo / la Società non è\* residente né abitualmente risiede in Irlanda.  
 Nel caso questa dichiarazione venga rilasciata in fase di pianificazione di una serie di prelievi oppure di pagamento di riscatti parziali.

**Dichiarazione FATCA ("Foreign Account Tax Compliance")**

Dichiaro di essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di essere cittadino statunitense   
 Si prega di fornire un Codice Fiscale statunitense (TIN) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Firma) \_\_\_\_\_ La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense   
 \_\_\_\_\_(Firma) \_\_\_\_\_ La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante/in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Apponendo la firma nello spazio a ciò dedicato, confermo di essere/non essere\* residente in U.S.A. per fini fiscali e di essere/non essere\* cittadino statunitense. FATCA ("Foreign Account Tax Compliance") è una legge statunitense rivolta a istituzioni finanziarie straniere e ad altri intermediari finanziari con l'obiettivo di prevenire l'evasione fiscale da parte di cittadini statunitensi e residenti negli Stati Uniti attraverso l'uso di conti esteri, comprese le polizze assicurazione sulla vita.

Dichiarazione finale:  
 Il Contraente, con l'apposizione della firma nello spazio sottostante, dichiara sotto la sua personale responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere ed esatte con particolare riferimento allo status di residenza ai fini fiscali nel Paese OCSE partecipante (noto come status CRS) e di cittadinanza/residenza ai fini fiscali negli U.S.A. (noto come status FATCA). Inoltre dichiara di informare tempestivamente la Società qualora le informazioni sopra riportate dovessero cambiare successivamente alla sottoscrizione della presente Proposta. Il Contraente riconosce che le informazioni contenute nel presente modulo saranno segnalate all'Autorità fiscale Irlandese come previsto dalla suddetta normativa.

**Nome e località di residenza / indirizzo del Contraente della polizza** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **(Firma)** \_\_\_\_\_

1. Questa dichiarazione potrebbe essere soggetta ad ispezioni da parte dei Commissari del Fisco Irlandese. La legge irlandese stabilisce che il rilascio di una dichiarazione priva di fondamento costituisce reato.
2. Tale dichiarazione deve essere firmata dai titolari di polizza che risultano non residenti né normalmente residenti in Irlanda.
3. Nell'eventualità in cui il titolare di polizza sia una Società, la dichiarazione dovrà essere firmata dal rappresentante legale della compagnia o da un autorizzato a farne le veci, o anche da chiunque disponga di una procura rilasciata da parte del titolare polizza. Un duplicato della procura dovrà essere presentato in allegato a questa dichiarazione.

## DEFINIZIONE DI RESIDENZA FISCALE

### **Residenza - Individui**

Sono considerati residenti per l'anno tributario coloro che:

- 1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
- o
- 2) abbiano una presenza composta pari a 280 giorni nello Stato, che si riferisca al numero di giorni passati nello Stato nell'arco dell'anno fiscale in congiunzione al numero di giorni trascorsi nell'anno precedente.

La presenza nell'arco dell'esercizio fiscale di un soggetto che non superi 30 giorni nello Stato non sarà riconosciuta ai fini dell'applicazione del test riferito ai due anni.

### **Residenza abituale - Soggetti**

Il termine «residenza abituale» (ordinary residence) differentemente da «residenza» si riferisce alla normale vita di un soggetto e denota residenza in un sito con un certo grado di continuità.

Quei soggetti che sono residenti nello Stato per tre periodi fiscali consecutivi si ritengono normali residenti con effetto dall'inizio del quarto esercizio.

Quei soggetti che siano residenti abitualmente nello stato cessano di esserlo alla fine del terzo periodo consecutivo in cui non siano residenti. Di conseguenza quei soggetti residenti e abitualmente residenti nello Stato nel periodo 1999/2000 e che hanno lasciato lo Stato in quell'anno saranno considerati abitualmente residenti sino al termine dell'anno 2002/2003.

### **Residenza- Società**

Una società che abbia direzione generale ed organi di controllo in uno Stato è considerata residente indipendentemente dal luogo in cui sia stata costituita. Quelle Società che non abbiano la propria direzione ed organi di controllo, ma che vengono costituite nello Stato vengono considerate residenti ad eccezione dei seguenti casi in cui:

- la Società od una ad essa affiliata svolga un'attività commerciale nello Stato, sia che la società sia infine controllata da soggetti non residenti in paesi membri dell'Unione Europea, sia in paesi con cui il medesimo abbia stipulato un trattato di doppia tassazione, sia che la Società od una ad essa affiliata siano società quotate in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
- o
- la Società viene considerata non residente nello Stato qualora operi un trattato di doppia tassazione tra il medesimo ed un altro paese.

Si noti che la determinazione della residenza di una Società ai fini fiscali in alcuni casi può assumere una certa complessità ed i dichiaranti dovranno riferirsi alle specifiche disposizioni legislative contenute nella sezione 23A del Decreto di Consolidamento Fiscale 1997.

Si dichiara che l'operazione di sottoscrizione della presente proposta di polizza di assicurazione sulla vita è avvenuta:

- in sede, presso la filiale di \_\_\_\_\_
- fuori sede, nel comune di \_\_\_\_\_ tramite l'incaricato abilitato all'offerta fuori sede che opera per conto di Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.

Firma dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le chiediamo di leggere attentamente la richiesta di consenso relativa a finalità diverse da quella assicurativa e di barrare con una croce la Sua scelta, ricordandole che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa il rapporto assicurativo.

Tale consenso può essere revocato liberamente, con conseguente cessazione della legittimità del trattamento; fino a revoca il consenso resterà efficace entro i limiti di conservazione dei dati indicati nella presente informativa.

### **Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy**

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e/o di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SI

NO

Il Contraente

L'Assicurando (se diverso dal Contraente)